

V Jornadas de Sociología de la UNLP. Mesa J 26

Título: Cuerpos perfectibles. Imágenes y discursos circulantes en torno a la obesidad.

Autor:

Pablo Schencman (Licenciando en Sociología)

E-Mail: pabsche@yahoo.com.ar

Adscripción Institucional: CEIL-PIETTE (CONICET), UBA

Cuerpos perfectibles

Imágenes y discursos circulantes en torno al tratamiento clínico de la obesidad

Abstract

El objetivo de este trabajo es comprender determinados elementos operantes dentro del proceso de construcción del cuerpo legítimo en Argentina. Para acercarnos a este constructo teórico tomamos la problemática de la obesidad como caso que permite entender, por la negativa, esa elaboración social. Empíricamente hemos seleccionado a hombres y mujeres desde 18 hasta 60 años que consultan en un hospital público. Esta decisión se explica en que consideramos a la obesidad como un rasgo subjetivo, no determinado únicamente por la imagen exterior o el peso que acusa la balanza. En la génesis de este estudio radica el intento por entender cómo la clínica médica se nutre de las imágenes corporales *deterioradas* o *tergiversadas* para sustentar el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. En pos de ello, realizamos una *etadía etnográfica* en el servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand (ubicado en el barrio de Almagro en la Ciudad Autónoma de Bs. As.). Este nosocomio cuenta con un equipo de médicos nutricionistas, psicólogos, psiquiatras y endocrinólogos abocados a trabajar coordinadamente con aquellos pacientes cuyos diagnósticos lo ameriten. A partir de nuestro paso por cada instancia del tratamiento hemos elaborado, inductiva y provisoriamente, una serie de categorías orientadas a comprender diversas situaciones resultantes de la interacción entre médicos, pacientes, acompañantes y demás personas involucradas dentro de aquel espacio.

Introducción

“La denegación de los tipos, tanto individuales como colectivos, es una consecuencia del imperativo antirracista que se nos ha vuelto necesario asumir. Pobre necesidad, sin embargo, la que nos obliga borrar esos aires de familia, esos parecidos vagos pero insistentes, esas mezclas conmovedoras o divertidas de los efectos de la genética, de la moda, de las divisiones sociales, de las edades, y en el medio de los cuales emerge con mayor relieve lo incomparable de cada uno/a”

Jean-Luc Nancy

Inicialmente debemos partir de reconocer el estado exploratorio, provisorio e inductivo de los resultados que se presentarán a continuación. Los mismos son producto de una estadía que abarcó poco más de un mes en el Servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand¹. En esta institución la diversidad de casos es una tentación para la pérdida del rumbo respecto a las pautas metodológicas inicialmente definidas. Allí hallamos una gran amplitud etaria de los pacientes y biografías tan disímiles que podrían tornarse incomparables.

En ese sentido, dejaremos de lado las consultas que tenían como detonante la bulimia o la anorexia. La amplia gama de situaciones específicas que acarrearán estos *trastornos* obligarían a elaborar grandes andamiajes teóricos que permitieran comparar situaciones conectadas en lo profundo pero disímiles en sus manifestaciones.

Sin embargo, hay un emergente de aquella pequeña etnografía que sí trabajaremos y son los casos de pacientes diabéticos que allí se atienden. Primero debemos destacar el íntimo parentesco que vincula esta *enfermedad* con la obesidad y sobre la misma conviene realizar una sucinta digresión. La diabetes es definida inicialmente como una enfermedad metabólica y cardiovascular. La misma puede contraerse de forma hereditaria (Tipo I) o adquirida (Tipo II), y si bien implica la incapacidad del páncreas de producir insulina suficiente para asimilar la glucosa que se halla presente en la sangre, resultante de la ingesta de carbohidratos, la misma no tiene una cura permanente sino que su tratamiento acompañará al paciente a lo largo de su vida. Los procedimientos clínicos pueden variar, según Tipo y particularidades del caso,

¹ Vale la oportunidad para destacar la excelente predisposición del personal médico (y auxiliar) que allí se desempeña que de buena gana admitieron mi presencia en su ámbito laboral y respondieron mis múltiples inquietudes. Reconozco particularmente a la Dra. Graciela Fuente, jefa del servicio, que aceptó la realización de mis primeros pasos empíricos en el hospital y a la Dra. Marta Milikowski quién actuó en incontables oportunidades como tutora y facilitadora de mi quehacer cotidiano, a ambas vaya mi profundo agradecimiento.

entre la prescripción de medicamentos que se toman por vía oral o la aplicación de insulina inyectable para compensar esa falencia. Sin embargo, a pesar de los notables avances que se han producido en los últimos años² y la infinidad de opciones que la industria farmacológica se encarga de crear, el delicado equilibrio entre la hipoglucemia³ y la hiperglucemia⁴ continua siendo el *quid* de la atención al paciente diabético. Los métodos para alcanzarlo implican partes desiguales de experiencia profesional y de ensayo-error, siendo la especulación una constante. Esto se debe a que cada producto⁵ afecta de formas diferentes a cada persona y no hay exámenes que brinden certezas sobre estas particularidades. Por lo tanto el malestar y el tratamiento suelen conjugarse conjuntamente.

Volviendo al objetivo principal de nuestro trabajo hallamos que los pacientes diabéticos, a pesar de no ser necesariamente obesos, ni lidiar con un sobrepeso significativo⁶, manifiestan percepciones respecto a su cuerpo muy similares a quienes inicialmente fueron nuestros sujetos de estudio predilectos. Es decir, la apariencia física, los datos biográficos, los tratamientos clínicos, e incluso las planillas que las médicas⁷ llenan con su historia clínica resultan diferentes pero al compartir una batería de riesgos para su salud y encontrarse alejados de un *equilibrio ideal* ampliamente propugnado por los profesionales de la medicina (aunque no solamente ellos) los pacientes tejen tramas simbólicas coincidentes que analizaremos a continuación.

Orígenes poco originales

Dado que nuestro objetivo aquí es acercarnos empíricamente a la noción de *cuerpo legítimo* tomando a la obesidad como un caso (entre otros posibles, recién vimos que podríamos tomar la diabetes en su lugar) donde ver, por la negativa, una de sus manifestaciones nos parece imprescindible, aunque huelgue, aclarar que esa

² El más significativo de ellos se dio hace aproximadamente veinticinco años cuando se popularizó la prescripción de insulina humana producida artificialmente desplazando a la animal (principalmente porcina) empleada anteriormente.

³ Que producirá un desmayo al paciente, inclusive si éste se halla durmiendo.

⁴ El exceso de glucosa en sangre produce un silencioso e indoloro deterioro físico, este dependerá, en última instancia, de los valores alcanzados, aunque estadísticamente los órganos afectados en primer término son los riñones, los ojos y el corazón

⁵ Tengamos en cuenta que sólo un laboratorio (tomando como ejemplo a Lilly cuyos posters empapelan las paredes de los consultorios) tiene ocho variedades diferentes de insulina.

⁶ Uno de los efectos, y síntomas, de la Diabetes es la pérdida de peso.

⁷ A lo largo del trabajo hablaré exclusivamente de médicas mujeres porque durante mi estadía en el hospital no compartí el consultorio con ninguno de los dos médicos que trabajan allí como concurrentes.

construcción imaginaria, o fantasmática, lejos está de coincidir con la morfología mayoritaria. El problema de la imagen corporal deseable y sus desfasajes no debería tornarse en discusiones sobre eugenesia o deliberaciones respecto el destino deseable para una comunidad (independientemente de sus fronteras). Sin embargo, cuando se analiza la obesidad científicamente hallamos presentes elementos de ambos⁸. Intentando recuperar la dimensión social que acarrea este fenómeno citemos a P. Bourdieu quien afirmaba para el contexto francés de dos décadas atrás: “Las propiedades corporales, en tanto productos sociales, son aprehendidas a través de categorías de percepción y de sistemas sociales de clasificación que no son independientes de la distribución de las diferentes propiedades entre las clases sociales: las taxinomías al uso tienden a oponer, jerarquizándolas, las propiedades más frecuentes entre los que dominan (es decir, las más raras) y las más frecuentes entre los dominados. La representación social del cuerpo propio, con la que cada agente social ha de contar desde que nace para elaborar la representación subjetiva de su cuerpo (y más soterradamente, su hexis corporal) es pues el resultado de la aplicación de un sistema de clasificación social cuyo principio regulador es el mismo que el de los productos sociales a los que se aplica.”⁹

A la hora de interpretar nuestro paso por el servicio de nutrición y diabetes nos parece importante concentrarnos en la primera parte de este párrafo. Dentro de un consultorio médico es considerable la cantidad de pacientes que encuentran sus cuerpos devaluados, deteriorados, débiles y anhelan que la medicina sea un vehículo que permita subvertir este orden. Los métodos de tratamiento están previamente tabulados (por ejemplo la cantidad de las ingestas, la cantidad de actividad física, y el objetivo de descenso que siempre es de 10% del peso inicial).

Sobre el sentimiento inicial que motivó la consulta, hizo soportar la espera y otorga a la profesional un rol de autoridad considerable, encontramos que se monta un discurso médico que apunta a una prolongación indefinida de la vida, un supuesto mejoramiento de las condiciones en que ésta se llevará a cabo y una superación de los obstáculos físicos que se interponen con el anhelado equilibrio. Por ello resulta interesante considerar la subyacente lógica matemática presente e influyente en el modo de atención e imprescindible a la hora de cuantificar las propiedades corporales que estructura un sistema de podio de atributos físicos deseables.

⁸ Como una simple muestra de ello pueden consultarse los artículos quinto y sexto de la denominada “ley de obesidad” aprobada por el senado nacional el pasado mes de agosto.

⁹ Bourdieu, P. (1986), págs. 185-186.

Desde los resultados de una rutina de laboratorio, pasando por la cantidad de calorías asignadas diariamente, o los gramos de carbohidratos que un paciente puede comer, o debe expulsar de sus ingestas, hasta el omnipresente Índice de Masa Corporal¹⁰ la obesidad desde la clínica médica parece una fórmula aritmética de difícil conjugación. Como mencionamos anteriormente la diabetes está intrínsecamente asociada al riesgo cardíaco, por ello su medición y control puede tornarse obsesiva. Entre consultas los pacientes deben elegir una semana completa para registrar (tres veces al día) sus valores de glucosa y a partir de allí que el médico corrija su tratamiento. Por su parte las personas obesas o con sobrepeso habrán de rellenar una tabla con un ejercicio de anamnesis¹¹.

Sin embargo, el momento primordial de toda la consulta que articula en sí mismo la parte ritual y científica del tratamiento de la obesidad es el paso por la báscula. El sentimiento de un examen que hay que superar de forma satisfactoria para que lo siguiente sea más llevadero, y poseer en lo sucesivo cierto poder con que resistir la autoridad médica nos remite nuevamente a Bourdieu quien afirma: “Todos los órdenes sociales sacan partido sistemáticamente de la disposición del cuerpo y del lenguaje para funcionar como depósitos de pensamientos diferentes, que podrían ser detonados a distancia y con efecto retardado, por el solo hecho de volver a colocar el cuerpo en una postura global apropiada para *evocar* los sentimientos y los pensamientos que le están asociados, en uno de esos momentos inductores del cuerpo que, como bien saben los actores, hacen surgir estados del alma.”¹². En varias oportunidades me ha tocado asistir a las médicas pesando a los pacientes y es una constante entre quienes sospechan una suba en aquel valor el no mirar el resultado. Luego de bajarse de la balanza y mientras se sientan para calzarse nuevamente se los ve pensativos. Casi siempre utilizan esos segundos previos a la confrontación entre el nuevo dato (que oyen por primera vez cuando se lo dicto a su doctora) y aquel registrado en la historia clínica para imputar sentido a lo que parece un error. Cuando sus sospechas se ven confirmadas, los diferentes cumpleaños, feriados, dolores musculares, problemas familiares (de los cuales no brindarán mayores detalles) salen a justificar los desajustes entre ingesta y actividad física. Por el contrario si hubo un descenso, aunque sea sutil,

¹⁰ Conocido también como IMC o BMI (Body Mass Index). La explicación sobre su cálculo está desarrollada en la Nota al Pie N° 20.

¹¹ Este consiste en registrar, durante una semana completa, los siguientes ítems: Hora; Estado de ánimo; Estado de hambre; Qué comió; Cuánto de eso comió y la cantidad de ejercicio físico que hizo ese día.

¹² Bourdieu, P. (1980), págs. 111-112. Las cursivas pertenecen al autor.

aquellos pensamientos se tornarán en promesas para hacerlo mejor en el tiempo que falta hasta la próxima visita. Consideramos que este particular estado físico-mental es resultado de varios años de tránsito por consultorios médicos siendo este dato muy ponderado a la hora de analizar la salud de las personas (en este sentido no es extraño que se registre nuestro peso de recién nacidos¹³). Como dijimos anteriormente es a partir de este número desde donde se traman los múltiples escenarios posibles para continuar el tratamiento. Si bien las médicas no son renuentes a brindar elogios y aprobación, los mismos suceden en muy escasas oportunidades.

Analicemos dos casos. Una mujer de treinta y tres años consulta por segunda vez para tratar un problema de obesidad que según su relato tiene origen durante el último año. La joven enumera como causas posibles para haber subido más de treinta kilos durante este período, el hecho de renunciar a su trabajo, y los múltiples tratamientos que probó para quedar embarazada. En los últimos meses a las consultas ginecológicas sumó varias visitas a nutricionistas para intentar recuperar su peso tradicional. En ambos sentidos las decepciones siguen sumándose y ahora es prácticamente obligada por su marido a concurrir a la consulta (de hecho él la acompaña hasta la entrevista con la médica). Con ella la doctora se comporta de forma rígida pero amable, no tendrá consideraciones respecto a la cantidad de calorías que habrá de consumir, le impondrá que debe realizar seis comidas diarias (independientemente de sus ganas de comer) y le entregará un plan de alimentación pre-impreso que deberá cumplir a rajatabla hasta la siguiente consulta en donde, si todo sale según lo esperado, contemplarán alternativas *más generosas*. Amparándose en la ociosidad de la paciente la médica tampoco mostrará indulgencia alguna en proponerle múltiples posibilidades de ejercicios físicos de los cuales deberá cumplir una cuota diaria de treinta minutos, o más. En este caso la profesional parece poner fuera de foco la posibilidad que la paciente no aparezca otra vez por su consultorio y se intensifique su cuadro.

Pasemos a otro, se trata de una mujer de sesenta años que padece obesidad mórbida y está en tratamiento hace más de un año. Su motivación inicial para consultar (que resulta ser la que aún refuerza su constancia) es la posibilidad de ser operada con el conocido sistema del *by pass gástrico*¹⁴. Aquí la doctora, al comprobar un nuevo

¹³ Estudios actuales dentro de la medicina buscan relacionar ese dato con la obesidad. Sin entrar en demasiados detalles la hipótesis inicial sería que aquellas personas que nacieron con bajo peso (menos de 2.900 kg.) serán más tendientes a ser obesas en su adultez por un mecanismo corporal compensatorio.

¹⁴ Sin entrar en detalles técnicos o relatos morbosos podemos decir que esta intervención quirúrgica (irreversible a diferencia del *cinturón bariátrico*) lleva al descenso de peso removiendo buena parte del

descenso de peso, y escuchar las mejorías que la paciente experimenta cotidianamente insistirá en postergar la operación “todo lo que se pueda” ya que si los resultados siguen siendo satisfactorios la misma puede tornarse innecesaria o contraproducente. Este tipo de afirmaciones resultan muy desmotivantes para quien busca hallar una solución “definitiva” para su problema. Es por eso que en estos casos, así como entre quienes consultan por bulimia y anorexia, el trabajo con psicólogos, psiquiatras y grupos de pacientes se vuelve importante. Serán esas instancias las que ayuden al paciente a desistir en su búsqueda de soluciones *mágicas* o *definitivas* que permitan terminar con su *problema*. Sin embargo, el rostro de la paciente evidencia la sensación de derrota que ella experimenta (mientras que su consulta comenzó con una aparente mejoría). Esta sensación de revés deja su confianza bastante deteriorada¹⁵ y coloca a la médica en un lugar de decisión unilateral que resulta inmovible por estas pequeñas victorias.

Vale aclarar aquí que lo anterior no parte de una ingenuidad supina, del desagrado, o de hacer *literatura policial* sobre prácticas tendientes al bienestar del paciente que parten (sobre esto no caben dudas) desde el mejor entender de quienes las practican, buscando una mejoría sostenida en el tiempo mientras que a su vez las mismas repercuten positivamente sobre la cotidianeidad de los pacientes¹⁶. Sin embargo, esta lógica de ábaco entre valores complementarios y mejorías experimentables funciona como sustento ideal para que las *recompensas* y los *castigos* vinculados al tratamiento lleguen de forma *natural*.

Analicemos otro caso. Una paciente de cuarenta y tres años con diabetes Tipo II y un sobrepeso que viene reduciendo desde hace más de un año, tratamiento mediante, asiste a realizar una visita de rutina. Su actitud a la hora de enfrentar la balanza es completamente diferente a la descrita anteriormente (de hecho la médica debe insistirle para que se saque su calzado, incluso diciéndole que el frío externo no se siente allí dentro). La paciente subida a la balanza mira su peso, y es ella quien se lo dice a su médica sin que de su voz se deduzca algún sentimiento particular. Al pasar las múltiples

estómago y del intestino. De esa forma se limitan contundentemente las posibilidades de ingesta de los pacientes a raciones que no habrán de superar los 250 cc de alimento por comida (ese preparado además de no excederse en la cantidad deberá poseer cierta consistencia y temperatura para no ser expulsado inmediatamente).

¹⁵ Aunque de un diálogo posterior con ella emerge que su anhelo por ser operada continúa intacto y las causas para su postergación se atribuyen no a la maldad de la profesional sino a los altos costos de la intervención y el limitado presupuesto del hospital.

¹⁶ Como evidencia de ello podemos encontrar los múltiples regalos que las médicas reciben de sus pacientes a lo largo del año volviéndose una “avalancha de regalos”, según afirma una doctora, durante las vísperas de navidad y año nuevo.

hojas de su historia clínica para llegar al último peso registrado la doctora le dice: “subiste”. El ascenso está en el orden de los 400 gramos y eso sorprende sobre todo a la paciente. En ese momento sucedió algo extraño ya que fue la profesional quien comenzó con las posibles excusas que la paciente no se esmeró en pensar. La combinación de tres factores surgen como explicación inicial: la cantidad de días muy fríos que incentivan simultáneamente el sedentarismo y las comidas de abundantes calorías, las últimas modificaciones en la dieta y ciertos efectos de los medicamentos para la diabetes. La paciente se halla en un lugar subordinado pero puede ostentar una trayectoria de descenso de peso y unos análisis respecto al control de la diabetes que la dejan con posibilidades de hacer modificaciones que la satisfagan. Así es como la doctora cargará las tintas sobre la actividad física (recomendándole que se inscriba en un gimnasio y asista regularmente al mismo para “hacer bicicleta o cinta” al menos hasta que llegue la primavera y pueda realizar esas actividades al aire libre). Otra alternativa será que ponga música en su casa y baile enérgicamente durante treinta minutos. La paciente se compromete a poner en práctica alguno de los consejos pero dice en forma decidida que ella extraña “no comer algo dulce antes de acostarse”. La médica enumera alternativas: “gelatinas light, postrecitos ser, una manzana fileteada espolvoreada con canela”. La paciente entonces especifica que ella anhela chocolate. Entonces es la profesional quien debe ceder y le prescribe (resulta gracioso que anote estos datos en uno de los muchos recetarios presentes en su escritorio tal como si fuera un medicamento) una barra de chocolate con alto contenido de cacao por día y también deja escritas las diferentes marcas que puede adquirir. La sensación de ser incentivada a continuar el tratamiento, dejando en un segundo plano su nuevo peso, resulta importante para la paciente que sale del consultorio contenta y sintiendo de posible realización de lo que la médica le indicó.

A lo largo de nuestra estadía, pudimos observar que a durante el tratamiento se sucedían, en reiteradas oportunidades, negociaciones apasionadas entre profesionales y pacientes que respetan una estructura similar a las recién relatadas. Las mismas apuntan a agregar determinados alimentos, abandonar o incorporar ciertas drogas (alegando principalmente efectos secundarios que perturban la rutina o los beneficios que han oído de parientes y amigos), incrementar, reducir, o variar la actividad física así como espaciar las visitas al consultorio. Será parte del quehacer médico identificar, y explotar, aquellos ítems que son más significativos para la o el paciente, y proseguir desde allí el tratamiento.

También hallamos, a partir de la escucha en la sala de espera y de diálogos informales con pacientes, una constante entre quienes asisten a este servicio. Existe entre ellos una confianza en que si respetan las pautas marcadas por los profesionales, por rigurosas o antipáticas que estas resulten, su motivo original de consulta y la disconformidad respecto a su cuerpo irá revirtiéndose aunque nunca posiblemente no se llegue a un punto aporreado. Las médicas, con quienes pude hablar extensamente en sus momentos de descanso entre pacientes, consideran la obesidad como una enfermedad sin cura, desde nuestra disciplina podríamos entenderla como una identidad. Este es otro rasgo fundamental que comparten con los pacientes diabéticos, todo tratamiento será *paliativo* mas no *curativo*. Las personas obesas, como también quienes cargan con un sobrepeso considerable durante muchos años, accionan en pos de hallar una modificación estructural y personal que les permita “verse mejor en el espejo, aceptarse y quererse a ellas mismas”. Aunque se mantiene vedado el ejercicio reflexivo que distingue lo saludable de la obsesión¹⁷ en ese anhelo. En otras palabras no existe en aquellos ámbitos la pregunta por el origen de ese sentimiento, o la proporción entre lo íntimo y lo impuesto, en ese ansia de metamorfosis. Aunque en los diálogos con las médicas hablen especialmente de la obesidad como padecimiento, en charlas informales se evidencia que muchos de ellos y ellas viven su obesidad como constitutiva de su personalidad. La experimentan cuando salen en busca de ropa nueva, se la internaliza comparando su reflejo con las imágenes que brinda la televisión¹⁸ y se la sufre a la hora de comer. Como vemos la obesidad en tanto rasgo corporal, y factor identitario, excede ampliamente el momento del consultorio médico. En su anhelo por vincular lo que parece circunscripto al plano individual con factores sociales sigue resultando iluminadora la conocida cita del sociólogo norteamericano C. W. Mills: “En el matrimonio el hombre y la mujer pueden experimentar inquietudes personales, pero cuando la proporción de divorcios durante los cuatro primeros años de matrimonio es de 250 por cada 1000, esto es prueba de un problema estructural que tienen que ver con las instituciones del matrimonio y de la familia y de otras relacionadas con ellas (...) Mientras que la familia como institución convierta a las mujeres en esclavas queridas y

¹⁷ Mencionemos en este sentido la ortorexia. Este trastorno alimenticio, relativamente novedoso, puede resumirse como la autoimposición del paciente por limitar su ingesta a un conjunto arbitrario de alimentos que pondera como correctos en detrimento del resto a los que evalúa como despreciables.

¹⁸ Quedará para un futuro trabajo analizar la presencia e incidencia que posee, entre quienes se reconocen como *obesos* o *gordos*, el ciclo “Cuestión de Peso” (conducido por Andrea Politti, de emisión diaria por Canal 13 a las 15:30 hs).

a los hombres en sus jefes proveedores aún no destetados, el problema de un matrimonio satisfactorio no puede tener una solución puramente privada”¹⁹.

Antes de abandonar este apartado nos parece interesante detenernos en un último ribete de la mencionada lógica matemática. La misma se evidencia en la, por demás, problemática construcción de estadísticas sobre obesidad en nuestro país. Aunque muchas son las cifras que circulan en internet²⁰, útiles principalmente a la hora de justificar los titulares periodísticos (o científicos) ansiosos de rotular esta *condición* como una epidemia²¹ ningún organismo puede ostentar datos precisos sobre la amplitud de la misma. Para comprender este vacío debemos sumar a la falta de coordinación entre instituciones públicas (y entre estas con las privadas) una dimensión que resultó central para este trabajo: la complejidad de definir exhaustivamente, satisfaciendo a los actores involucrados, esta categoría. La obesidad responde de formas diferentes a múltiples aproximaciones de las cuales la médica, aunque hegemónica, es sólo una de ellas. Si nos remitimos al origen del término hallamos que *obesus* es quien ejecuta el verbo latín *obedere* (devorar), por lo tanto la desmesura en la ingesta, y no sus consecuencias sobre el físico, es la principal característica. Si consideramos los siete pecados capitales encontramos *la gula* entre ellos, más no al *gordo*. Será la medicina quien vincule ambos factores y convierta ese nexo en un factor de riesgo para la vida.

Natación, caminata, baile y modificación de los hábitos alimentarios

Todos los tratamientos de la obesidad, y del sobrepeso, que tuvimos la oportunidad de observar implican una combinación de estos elementos. La mixtura entre éstas actividades aeróbicas con *nuevas* actitudes y técnicas para el momento de la comida, que se le proponen al paciente, buscan modificar la situación que lo llevó a consultar, pero también implican una continuidad indefinida de la supervisión médica.

¹⁹ Wright Mills, C. (1959), *La imaginación sociológica*, FCE, México DF [2000]. Págs. 29-30.

²⁰ Por citar sólo un ejemplo la SAOTA (Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios) afirma: “En la Argentina hay no menos de cinco millones de personas a las que les cabe la definición médica de obesas; es decir, su índice de masa corporal [peso dividido por el cuadrado de la altura] supera los 30 puntos. Si se incluyera en este grupo también a quienes tienen sobrepeso, se estaría hablando nada menos que de 18 millones de personas, casi la mitad de la población nacional”. La referencia completa puede encontrarse en: <http://www.saota.org.ar/nota08.html>.

²¹ Este término remite a eventos míticos de proporciones desmesuradas que obligaron, en el pasado, a la ejecución de soluciones drásticas en pos de alcanzar la cura. En nuestro país la palabra se asocia con la lógica higienista, sobre todo si tenemos en mente la emergencia de fiebre amarilla que azotó a Buenos Aires en el año 1871 y como su erradicación se alcanza mediante la cuarentena evitando el contagio.

Por otro lado encontramos que si bien algunas de las actividades (como el baile o la caminata) son susceptibles de realizarse en parejas, o en grupos, esto no está alentado. De hecho las profesionales realizan un considerable esfuerzo en convencer a sus pacientes que, independientemente de lo que suceda en su núcleo más cercano, las prácticas aeróbicas no deben ser abandonadas bajo ninguna circunstancia. Respecto al momento de la ingesta hallamos que las médicas incentivan una comensalidad individual²² que obliga al paciente a medir sus raciones y separar sus alimentos de aquellos que pueden consumir el resto de las personas que conviven con ellos. Esta operación contraría una práctica sumamente arraigada en el devenir humano: “La comida constituye un medio casi universal para expresar sociabilidad y hospitalidad. La proximidad o estrechez de las relaciones sociales entre personas puede expresarse mediante los tipos de alimentos y comidas (...) Tal es la importancia y la identidad como especie que nos da el acto de compartir el alimento, que los antropólogos colocan este acto en el umbral mismo del pasaje a la humanización, ya que nuestra especie hubiese sucumbido ante la presión de los depredadores en el hostil medio de la sabana africana si esta práctica no se hubiese implementado.”²³. Por esto no es inusual que las y los pacientes manifiesten grandes problemas para sostener su práctica ascética²⁴ en contextos festivos o se sientan alejados de sus familiares por la nueva manera de comer. Esta consecuencia no deseada del tratamiento acarrea una serie de conflictos personales que son soportables sólo si los resultados del mismo ofrecen un contrapeso a ese sentimiento.

De nuestro paso por los consultorios hallamos que las gratificaciones que brinda el ejercicio físico pueden catalogarse como: sensación de bienestar general, inmunidad relativa ante la ingesta de placeres, o una justificación para el consumo calórico cotidiano, que también ayuda a “despejar la mente”, y brinda un mejoramiento del aspecto general “desde la piel hasta los órganos internos”. Para comprender la metamorfosis histórica de este último punto tomemos la siguiente cita de G. Vigarello: “Los rostros cobran profundidad con la belleza romántica, los ojos, así como la palidez, acentúan el llamado al alma, la alusión a lo insondable (...) Un rasgo domina esa estética de lo lejano: la interioridad. Sin embargo, una lenta subversión de las formas se va revelando como más importante aún en la belleza del siglo XIX. Gradualmente, con el

²² Aguirre, P. (2004), pág. 88.

²³ Alvarez, M. y Pinotti, L. (2000) pág. 257.

²⁴ Weber, M. (1920).

correr del siglo, la parte inferior del cuerpo adquiere un lugar que no tenía. Los lineamientos físicos se conceden más presencia, el cuerpo impone insensiblemente la “parte inferior”. Así hasta el triunfo, a comienzos del siglo XX, de los solos contornos físicos desligados de sus rígidas constricciones, liberados a la aparente “simplicidad” de sus líneas. La presencia física se vuelve más “total”, orientándose hacia bellezas más dinámicas, más estiradas. Las figuras se levantan, se hacen flexibles.”²⁵.

Entendemos que la *pesadez* manifestada por un número significativo de pacientes se vincula con su lejanía respecto al patrón corporal imperante, que incide desde un plano simbólico, haciendo coincidir *lo bello* y *lo sano*.

Tomemos aquí un último caso. Se trata de un paciente de treinta y ocho años cuyo trabajo lo obliga a mantenerse atento a una computadora varias horas al día. Al comenzar el tratamiento empezó a llevarse viandas de su casa tratando de evitar los pedidos de comidas rápidas y esquivando a las confituras siempre presentes en la oficina. Tuve la oportunidad de conocerlo cuando asistió al consultorio de su doctora por un chequeo de rutina. En ese momento había bajado más de veinticinco kilos respecto a su peso inicial (si bien sostenía que aún le restaban otros siete para alcanzar el valor que deseaba). Un dato llamativo de este caso es que, a pesar de haber reducido considerablemente el perímetro de su cintura, encajando en todos los criterios de lo *saludable*²⁶, el paciente insistió reiteradas veces en la aversión que le produce el reflejo especular de su cuerpo. La médica, posiblemente alertada por años de trabajo con pacientes bulímicas y anoréxicas, le dice que se lo tome con calma, que es normal cierta flacidez luego de un descenso de peso tan importante y que los tejidos tardan en ser reabsorbidos. El paciente, quien afirmó antes que le insiste todas las noches a su mujer para que lo acompañe a caminar luego de cenar, parece consolado pero no convencido. Entonces la médica le pregunta si tiene ganas de consultar con la psicóloga del equipo, propuesta que desata una negativa rotunda. La moderación a la autoimposición del tratamiento evitando que sus medidas se lleven al extremo, es otra de las funciones que la clínica contempla en estos casos.

Para vincular ésta última situación con los otros relatados anteriormente nos resulta interesante tomar la siguiente cita de E. Goffman: “En su calidad de actantes, los individuos se preocuparán por mantener la impresión de que actúan de conformidad

²⁵ Vigarello, G. (2004), pág. 137.

²⁶ En las nuevas investigaciones médicas éste es considerado uno de los principales factores para medir el riesgo cardiovascular (desplazando al colesterol).

con las numerosas normas por las cuales son juzgados ellos y sus productos. Debido a que estas normas son tan numerosas y tan profundas, los individuos que desempeñan el papel de actuantes hacen más hincapié que el que podríamos imaginar en un mundo moral. Pero, *qua* actuantes, los individuos no están preocupados por el problema moral de cumplir con esas normas sino con el problema amoral de construir la impresión convincente de que satisfacen dichas normas. Nuestra actividad atañe en gran medida, por lo tanto, a cuestiones de índole moral, pero como actuantes no tenemos una preocupación moral por ellas.”²⁷

Como vimos la fuerte carga de autoridad que conlleva el rol de la médica durante el tratamiento permea buena parte de la vida cotidiana de las y los pacientes. El mismo se evidencia en el autocontrol general²⁸ que, como se pudo leer en el último caso, excede el momento puntual de la ingesta.

Una posibilidad analítica es retomar aquí a la noción de equilibrio como una pretensión que estará presente, no sólo, en el fuero íntimo del paciente sino también como utopía de la correlación de fuerzas entre profesionales y legos y en última instancia como mecanismo de autoregulación que evite el paso de los pacientes de un trastorno al inmediatamente contiguo.

²⁷ Goffman, E. (1959), pág. 267. Las cursivas son del autor.

²⁸ El mismo entraña diferencias y coincidencias con el ascetismo.

Conclusión

“El cuerpo, la piel: todo el resto es literatura anatómica, fisiológica y médica. Músculos, tendones, nervios y huesos, humores glándulas y órganos son ficciones cognitivas. Son formalismos funcionalistas. Mas la verdad, es la piel. Está en la piel, hace piel: auténtica extensión expuesta, completamente orientada al afuera al mismo tiempo que envoltorio del adentro, del saco lleno de borborismos y de olor a humedad. La piel toca y se hace tocar. La piel acaricia y halaga, se lastima, se despelleja, se rasca. Es irritable y excitable. Toma el sol, el frío y el calor, el viento, la lluvia, inscribe marcas del adentro –arrugas, granos, verrugas, excoiaciones– y marcas del afuera, a veces las mismas o aun grietas, cicatrices, quemaduras, cortes.”

Jean-Luc Nancy

A lo largo de nuestro trabajo de campo encontramos que tras la prescripción del tratamiento, más acorde según su saber, la profesional hallaba su rol de médica como un *estorbo* y no una ayuda para comprender *otras marcas* que la obesidad posee sobre sus pacientes. Aunque este no sea el lugar indicado se torna imperativo realizar un mínimo apartado que enumere intuitiva y sucintamente los principales componentes insertos en la ecuación *ser médica/o dentro de un hospital público en Argentina (especialmente en la Ciudad autónoma de Bs. As.) en la actualidad*. Por razones obvias, ni siquiera intentamos la exhaustividad pero sí subrayemos sus principales elementos: precarización y flexibilización laboral; trabajo gratuito; presión de los laboratorios; superposición de planes estatales de salud; carencia de determinados insumos²⁹; dificultades edilicias; la atención a los alumnos que cursan la cátedra de nutrición en ese hospital; y un número de pacientes siempre creciente.

De esto se deduce que no es la cosmovisión médica (asumiendo que exista algo semejante) la que se halla en crisis sino la forma en que ésta se pone en práctica en los consultorios de los hospitales hoy en día. No podemos dudar de la pericia y preparación de las médicas y los médicos que se desempeñan en el Hospital Durand³⁰. Tampoco de sincera voluntad en pos de lograr que sus pacientes hallen una mejoría contundente en su calidad de vida y puedan sostener esta en el tiempo. Sin embargo, está claro que las imposiciones estructurales llevan a un modo de atención donde la supervisión de los

²⁹ Sobre todo drogas para entregar a pacientes que consultan allí y viven en situación de pobreza, o reactivos de laboratorio que permiten alcanzar un diagnóstico más preciso.

³⁰ Está claro que la carrera por la acumulación de certificaciones y formación permanente no deja indemne a ninguna disciplina científica.

resultados de laboratorio, las posibles derivaciones a otras especialidades, y las modificaciones sobre el Plan Alimentario³¹ resumen la gran mayoría de las consultas realizan cotidianamente.

El no detenerse a analizar el fin de esa actividad, que resulta frenética en varios momentos de la mañana, quizás no sea un reproche achacable a los profesionales de la medicina sino una razón posible para explicar que la sala de espera esté llena desde que las puertas del hospital se abren.

Encontramos también que los nuevos procedimientos para tratar la obesidad (farmacológicos o quirúrgicos), y el sobrepeso, vienen a reforzar anhelos irrealistas y actúan sobre la imagen corporal deteriorada (intrincado en mayor o menor medida con el anhelo de obtener ganancia económica). En este sentido las particularidades de limitarnos a un ámbito público nos permitió señalar una marcada frontera entre el cliente y el paciente (circunscribiéndonos a la segunda categoría). Como vimos allí los mecanismos de negociación exceden a lo mercantil e implican estrategias de acción particulares según los actores involucrados para ostentar o limitar la autoridad médica.

En este sentido también pudimos ver como las sanciones y las recompensas de que describimos a lo largo de este trabajo difieren en su esencia del modo en que se adiestra un animal gratificándolo con comida, tras haber realizado correctamente aquello que el instructor solicitó. Existe en estos ámbitos toda una batería de aspectos no vinculados con la ingesta que irán modificándose según se desarrolla el tratamiento.

Por último queremos señalar que lejos de acercarnos a un respuesta definitiva sobre el modo en que una propiedad corporal deslegitimada puede tornarse en un factor identitario este acercamiento etnográfico sólo consiguió mostrarnos facetas antes desconocidas del problema que deberán ser analizadas a futuro.

³¹ Este término sustituye, en boca de las médicas, a la Dieta. La razón es distanciarse de un concepto demasiado popularizado (actualmente vulgar o lego) ponderando otro que provea la sensación de ser más personalizado, no exclusivamente restrictivo, y más científico.

Bibliografía

- AGUIRRE, P. (2004), *Ricos Flacos y Gordos Pobres. La alimentación en crisis*, Capital Intelectual, Buenos Aires.
- AGUIRRE, P. (2005), *Estrategias de Consumo: Qué comen los argentinos que comen*, CIEPP-Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.
- ALVAREZ, M. Y PINOTTI, L. (2000), *A la mesa: Ritos y retos de la alimentación argentina*, Grijalbo, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (1980), *El sentido práctico*, Siglo XXI, Buenos Aires. [2007]
- BOURDIEU, P. (1986), “Notas provisionales para la percepción social del cuerpo”, en: AA.W. *Materiales de sociología crítica*, La Piqueta, Madrid.
- BRUERA, M. (2006), *La Argentina fermentada: vino, alimentación y cultura*, Paidós, Buenos Aires.
- CITRO, S. (2006), “Variaciones sobre el cuerpo: Nietzsche, Merleau-Ponty y los cuerpos de la Etnografía”, en: MATOSO, E. (comp.), *El cuerpo in-cierto. Corporeidad, arte y sociedad*, Universidad de Buenos Aires - Letra Viva, Buenos Aires.
- CSORDAS, T. (1999). "Embodiment and Cultural Phenomenology". En: WEISS, G. and FERN HABER, H. (eds.), *Perspectives on Embodiment*, Routledge, New York.
- ELÍAS, N. (1936), *El proceso civilizatorio*, FCE, Buenos Aires. [1995]
- FOUCAULT, M., (1963), *El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI, Buenos Aires. [2003]
- FOUCAULT, M. (1984), *Historia de la Sexualidad. 2 El uso de los placeres*, Siglo XXI, Buenos Aires. [2003]
- GIDDENS A. (1984), *La construcción de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Amorrortu, Buenos Aires. [1986]
- GOFFMAN, E. (1959), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires. [2004]
- GOFFMAN, E. (1963), *Estigma, La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires. [2001]
- HERTZ, R. (1909),. “La asimetría orgánica” y “La polaridad religiosa” en: *La muerte y la mano derecha*, Alianza, Madrid. [1990]
- LE BRETON, D. (1995), *Antropología del Cuerpo y Modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires. [2003]
- MAUSS, M. (1936), *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid. [1979]
- MERLEAU-PONTY, M. (1945), *Fenomenología de la percepción*, Planeta Agostini, Buenos Aires. [1993]
- MERLEAU-PONTY, M. (1960), *El Ojo y el Espíritu*, Paidós, Buenos Aires. [1977]
- SENNETT, R. (1977), *Narcisismo y Cultura Moderna*, Editorial Kairos, Barcelona. [1980]
- SIBILIA, P. (2005), *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad, y tecnologías digitales*, FCE, Buenos Aires.
- SIMMEL, G. (1917), *Cuestiones fundamentales de sociología*, Gedisa, Barcelona [2002]

SYNNOTL, A. (1991). "Puzzling over the Senses: From Plato to Marx", en: HOWES, D. (Ed.) *The Varieties of Sensory Experience. A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*, University of Toronto Press, Toronto.

VIGARELLO, G. (1978), *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*, Nueva Visión, Buenos Aires. [2005]

VIGARELLO, G. (2004), *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*, Nueva Visión, Buenos Aires. [2005]

WACQUANT, L. (2000), *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*, Siglo XXI, Buenos Aires. [2006]

WEBER, M.(1920), *Ensayos sobre Sociología de la Religión I*, Taurus, Madrid. [2001]